

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 avril 1904 à 1 heure.

PAR

Paul-Henri du PELOUX

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Né à Allevard (Isère), le 26 septembre 1876

REPOS STOMACAL ABSOLU

ET

Ulcère simple de l'Estomac

Président : M. DEBOVE, professeur.
Suffragants : MM. JOFFROY, professeur.
TROISIER, DUPRÉ, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	
Professeurs	
Anatomie.....	
Physiologie.....	
Physique médicale.....	
Chimie organique et Chimie minérale.....	
Histoire naturelle médicale.....	
Pathologie et thérapeutique générales.....	
Pathologie médicale.....	}
Pathologie chirurgicale.....	
Anatomie pathologique.....	
Histologie.....	
Opérations et appareils.....	
Pharmacologie et matière médicale.....	
Thérapeutique.....	
Hygiène.....	
Médecine légale.....	
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	
Pathologie expérimentale et comparée.....	

Clinique médicale.....	}
Maladie des enfants.....	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encephale.....	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	
Clinique des maladies du système nerveux.....	
Clinique chirurgicale.....	}
Clinique ophtalmologique.....	
Clinique des maladies des voies urinaires.....	
Clinique d'accouchements.....	}
Clinique gynécologique.....	
Clinique chirurgicale infantile.....	

M. DEBOVE.
MM.
P. POIRIER.
CH. RICHET.
GARIEL.
GAUTIER.
BLANCHARD
BOUCHARD
HUTINEL.
BRISSAUD.
LANNELONGUE
CORNIL.
MATHIAS DUVAL
RECLUS.
POUCHET.
GILBERT.
CHANTEMESSE
BROUARDEL
DEJERINE.

HAYEM.
DIEULAFOY.
DEBOVE.
LANDOUZY.

GRANCHER.

JOFFROY.
GAUCHER.
RAYMOND
TILLAUX.
LE DENTU.
TERRIER.
BERGER.
DE LAPERSONNE
GUYON.
BUDIN.
PINARD.
POZZI.
KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TE ISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.).	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (cgef	
DUPRE	LEGRY	des travaux anat.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*En témoignage de ma profonde affection
et de mon infinie reconnaissance.*

A MON CHER FRÈRE

A MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Doyen de la Faculté de Médecine de Paris

Professeur de Clinique Médicale

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de l'Hôpital Beaujon. Officier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ALBERT ROBIN

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur Agrégé

Médecin de l'Hôpital Beaujon.

PRÉFACE

Nous prions M. le professeur Debove de vouloir bien agréer l'hommage de notre respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider notre thèse.

Que M. Robin, membre de l'Académie de Médecine, nous permette de lui exprimer nos sentiments de gratitude pour le profit que nous avons retiré de ses leçons magistrales de clinique thérapeutique.

Nous ne saurions trop remercier M. le docteur Merklen, médecin de l'hôpital Laënnec, à qui nous sommes redevable du meilleur de nos connaissances cliniques.

Nos études chirurgicales commencées dans le service de M. le professeur Terrier nous les avons terminées dans le service de M. le docteur Thiéry, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux. Nous remercions bien sincèrement ces Maîtres, ainsi que M. Comby, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, et M. le professeur Pinard, professeur de clinique obstétricale, pour leur précieux enseignement.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Repos stomacal absolu ET Ulcère simple de l'estomac

HISTORIQUE

L'usage des lavements alimentaires remonte à la plus haute antiquité. Hippocrate, Celse les ont prescrits.

Tombés dans l'oubli jusqu'au xvi^e siècle, ils ont été remis en honneur par Bartholin, Peyer et d'autres.

Mais il faut arriver à la fin du xix^e siècle pour trouver des études cliniques précises contrôlées par des recherches chimiques.

Nous n'en dirons pas plus long de l'historique général de l'alimentation rectale, car dans le chapitre consacré à la valeur nutritive de ces lavements nous parlons des principales recherches faites sur ce sujet.

Etendons-nous un peu plus longuement sur le côté de la question qui nous intéresse.

Quels sont les auteurs qui ont eu recours à la cure de repos stomacal absolu dans le traitement de l'ulcère simple de l'estomac ?

En 1875 Fiechter de Bâle publie plusieurs observations sur ce sujet.

Spencer et Schaws (*Bristol medico-chirurgical*, journal de mars 1884) citent deux cas d'ulcère traités par le repos absolu.

En 1887 Ewald dit que cette méthode peut rendre des services extraordinaires.

Mais tous ces auteurs n'y ont eu recours que dans des cas exceptionnels, dans les cas aigus d'ulcère.

En 1890 Donkin préconise ce mode d'alimentation et recommande de l'employer d'une manière systématique et prolongée dans tous les cas d'ulcère. Robinson, la même année, publie une observation.

Ewald se range à cette manière de voir. Ratjen publie 63 succès sur 65 malades traités dans sa clinique. Il apporte à la Société médicale de Hambourg la seule preuve anatomique qu'on ait jusqu'ici d'un ulcère guéri par le repos stomacal absolu.

Tacke dans l'application de la méthode arrive à l'exagération. Pour être sûr de n'être pas trompé par ses malades il leur donne du calomel jusqu'à production d'une stomatite intense gênant la mastication et la déglutition.

Schlesinger, en 1894, préconise l'alimentation rectale dans les cas d'ulcère avec hématomèses.

Riegel, en 1896, l'emploie d'une façon systématique.

Le travail le plus documenté qui existe sur cette question est celui de Gros (Thèse Lyon, 1897).

Avec son maître, M. Tournier, il montre les avan-

tages de l'application de cette méthode à tous les cas d'ulcus.

En 1901 Stadelmann recommande ce traitement quand des hématémèses se produisent.

Enfin MM. Mathieu, Bouveret, Huchard, Lyon, Soupault, sont partisans de la cure de repos absolu, mais seulement en présence d'accidents aigus, et M. le professeur Hayem dans les cas rebelles lorsque le régime lacté a échoué. Quant à M. Albert Robin, il traite tous les ulcères de l'estomac par le repos absolu de l'organe.

DE LA VALEUR NUTRITIVE DES LAVEMENTS ALIMENTAIRES

Nous allons passer en revue les albumines, les hydrates de carbone et les graisses et répondre aux questions suivantes :

Sont-ils résorbés ?

Dans quelles proportions le sont-ils ?

1° *Les albumines.*

Voitet Bauer ont étudié les premiers l'absorption des aliments par la muqueuse rectale. Ils ont trouvé que les albumines ne se résorbent bien que si l'on ajoute une certaine quantité de chlorure de sodium. L'albumine employée par eux était le blanc d'œuf suspendu dans l'eau.

Eichhorst est arrivé aux mêmes résultats. Mais Ewald s'est assuré que le mélange du blanc d'œuf se résorbe même sans l'addition de sel de cuisine. Cette proposition est juste, affirme Huber, mais il est également vrai que la présence de chlorure de sodium favorise la résorption de l'albumine. Pourquoi cette influence favorable ?

Les expériences de Grützner sur des animaux ont amené cet auteur à proposer l'explication que voici :

le chlorure de sodium provoquerait des mouvements antipéristaltiques de l'intestin d'où pénétration des lavements dans l'intestin grêle et même jusqu'à l'estomac. Swiecinsky conclut de ses observations prises sur l'homme en faveur de cette théorie ce qui décide Riegel à se ranger de ce côté.

Une telle interprétation suscita de nouvelles recherches. Par la répétition des expériences de Grützner, Christomonas et Dauber sont arrivés à un résultat tout à fait différent. Si l'on trouve dans l'estomac des animaux une partie des substances qui composent le lavement, cela tient, disent-ils, à ce que les animaux lèchent la portion du lavement ressortant par le rectum. Il faut donc se mettre à l'abri de cette cause d'erreur, c'est ce qu'ils ont fait ; ils ont alors constaté d'une manière invariable que le lavement ne force jamais la valvule de Bauhin.

Une simple remarque. Le passage est impossible de l'animal à l'homme, la valvule de Bauhin très développée chez l'homme ne constituant chez l'animal qu'une sorte d'anneau contractile.

Dans tous les cas, puisqu'il y a des expériences faites sur des malades, la quantité de liquide qui pourrait de cette façon arriver dans l'intestin grêle est certainement absorbée en entier dans la majorité des cas, ce qui serait d'ailleurs une condition très favorable. Si quelques fois le liquide atteint l'estomac, il n'y a plus repos absolu de l'organe, mais comme il est en quantité infinitésimale, le trouble occasionné est peu sérieux. Mais pourquoi nous attarder sur des

faits exceptionnels et fort discutés quant à leur existence ?

On peut donc, on doit même conseiller l'addition de sel de cuisine. Une excellente forme d'administration d'albumine est le blanc d'œuf additionné d'un gramme de sel marin par œuf. Le seul inconvénient de cette préparation recommandée par Leube depuis 1872 c'est d'exiger le nettoyage préalable du rectum par un lavement évacuateur. Si l'on ne prenait pas cette précaution il pourrait y avoir irritation intestinale par suite de la putréfaction que font subir aux résidus d'albumine les bactéries de l'intestin.

Les travaux d'Huber nous apprennent que la résorption est de 25 à 30 p. 100, pour l'azote des œufs crus, 70 p. 100 pour l'azote des œufs additionnés de chlorure de sodium et près de 75 p. 100 pour l'azote des œufs peptonisés avec l'HCl et la pepsine.

Ewald dans de récentes expériences que nous publions dans les premières pages de nos observations a pu faire résorber par le rectum dans certains cas jusqu'à 95 p. 100 de l'azote introduit.

Nous n'aurons pas l'inconvénient de l'irritation intestinale en nous servant des peptones et, d'autre part, ces substances albuminoïdes s'absorbent mieux que l'albumine crue; c'est ce qu'ont établi définitivement les recherches de Voit et Bauer d'abord, d'Ewald ensuite.

Malgré ces avantages : absorption plus rapide, absence de putréfaction, Ewald et d'autres auteurs

préfèrent le blanc d'œuf. On ne peut, en effet, les employer en lavements que si la muqueuse intestinale est tout à fait saine. D'autre part, les quantités d'azote introduites dans l'organisme par les lavements de peptones ne sont pas très fortes. Veut-on forcer les doses ? immédiatement l'intestin rejette le lavement.

Le maximum de peptones qu'on puisse introduire sans provoquer de la diarrhée est de 80 grammes pour 250 grammes d'eau. Mais il est préférable de s'en tenir aux chiffres de 50 et 60 grammes.

Brandeburg a recherché si l'on pouvait utiliser les préparations de caséine, mais leur résorption par la voie rectale est très faible ; elle n'atteint que 40 o/o de l'azote.

2° Les hydrates de carbone.

Comme hydrate de carbone directement assimilable il n'y a que le glucose et cependant on peut fournir à l'organisme cette substance non seulement sous cette forme, mais encore sous forme d'amidon.

Les vieilles expériences de Voit et Bauer, celles plus récentes de Leube ont démontré que la transformation de l'amidon en sucre s'opérait dans le rectum sous l'influence des bactéries. En effet, si une heure après le lavement on examine les matières fécales on y trouve une grande quantité de sucre. Par conséquent une grande partie de l'amidon a été transformée en sucre.

Si d'autre part on fait garder au malade son lavement pendant 12 heures et si l'on examine les matières fécales au bout de ce laps de temps, on n'y trouve plus de sucre, mais il y reste une certaine quantité d'amidon, le tiers environ de ce qui a été injecté.

Il en résulte, au point de vue pratique, que la plus grande partie, à peu près les deux tiers environ de l'amidon sont transformés en sucre, que tout le sucre ainsi formé est facilement assimilable, enfin qu'il reste cependant de l'amidon indigérable. Cette inutilisation partielle d'une part et, d'autre part, les grandes variations individuelles dans la transformation de l'amidon en sucre constituent les deux inconvénients de cette technique.

Nous allons maintenant examiner ceux de l'administration directe du glucose.

Nous retrouvons d'abord ici les variations individuelles, mais sous une autre forme, celle de la tolérance plus ou moins grande du rectum. Leube, en effet, a fait voir qu'un même lavement contenant 100 grammes de glucose pour 300 grammes d'eau était, suivant les cas, toléré pendant six heures ou seulement pendant une. Dans quelques cas, l'administration du sucre sous forme de glucose provoque une irritation intestinale et par conséquent une diarrhée probablement due aux fermentations acétique et lactique qu'elle occasionne.

On aura recours alors soit à l'amidon qui les supprime soit suivant la méthode de Strauss à l'antisept-

sie rectale par le menthol (vingt-cinq centigrammes pour 250 grammes d'une solution de glucose à 20 o/o).

Il est établi depuis les expériences de Leube qu'on peut donner dans un litre d'eau, en deux fois, à quelques heures d'intervalle de 120 à 170 grammes de glucose sans en faire apparaître la moindre trace dans les urines. Passé ces doses on constate une glycosurie alimentaire vraie qu'il ne faut pas confondre avec la glycosurie alimentaire fausse due à l'absorption d'une partie du sucre par les veines hémorrhoidales inférieures et moyennes qui l'amènent directement à la veine-cave inférieure et à la circulation générale. Comme ces veines ne desservent que la partie tout inférieure du rectum, la plus grande quantité du sucre est absorbée par les hémorrhoidales supérieures tributaires du tronc porte qui l'amène au foie.

3° *Les graisses.*

Quant à l'utilisation des graisses par la voie rectale, tous les auteurs s'entendent sur leur absorption plus difficile.

Nous ne ferons que citer les travaux de Munck et Rosenstein, de Philippi, de R. Kobert, mais nous analyserons rapidement les travaux de Deucher.

La résorption de la graisse par le rectum est très limitée, elle ne dépasse pas 10 grammes par jour même si l'on se place dans les conditions les plus

favorables à cette absorption (rectum vide, température de 38°, 40°, graisse émulsionnée, addition de chlorure de sodium en proportion de 12 p. 1000 d'huile d'olive, séjour prolongé du lavement dans l'intestin). Voici la façon de procéder de Deucher. Il donne d'abord un lavement simple évacuateur, puis l'émulsion grasseuse suivante :

Huile d'olive pure	}	à 100 grammes.
Solution de carbonate de soude à 200.		
Chlorure de sodium		1 gr. 20.
pour 4 lavements.		

Le patient doit s'efforcer de garder le lavement aussi longtemps que possible, 24 heures s'il le peut. Pour atteindre plus aisément ce but, ajouter une petite dose de teinture d'opium.

Il est regrettable qu'on ne puisse pas arriver à de meilleurs résultats car les graisses ont une grande valeur calorique.

D'après Leube, cette resorption des graisses peut être encore augmentée mais, dans de bien faibles proportions, par l'addition à ces substances de tissu pancréatique.

*4° Diverses substances alimentaires composant
les lavements.*

Ewald, nous venons de le voir, a insisté sur les avantages que les œufs présentent sur les peptones. Pour lui, mais non pour Deucher, l'utilisation des graisses qu'ils renferment serait facile.

Le lait est un aliment complet ; il entre dans la composition de plusieurs formules de lavements. Aldor fixe la dose moyenne de lait à employer à 500 cc. Mais le nombre de calories fourni par un demi-litre de lait ne serait, d'après Leube, que de 100.

Quelques auteurs emploient la viande et, pour obtenir sa digestion, la peptonisent au moyen de tissu pancréatique. Presque tout l'azote de la viande et du pancréas, ainsi que l'a vu Leube, est résorbé et assimilé.

Rochefontaine et Carville ont démontré que le bouillon n'est pas une substance nutritive.

On s'en sert pour soutenir le cœur des malades et stimuler le système nerveux.

Il en est de même pour le vin. M. A. Robin rejette son emploi car Metzger a démontré expérimentalement que l'injection de vin dans le rectum augmente chez les hypersthéniques la sécrétion gastrique.

Quant au sucre et au sel marin, nous en avons déjà parlé.

De tout ceci il résulte que la muqueuse rectale

absorbe très bien les hydrates de carbone, moins bien les albumines et très peu les graisses.

• 50 *Peut-on maintenir l'équilibre azoté de l'organisme ?*

Immédiatement une question se pose.

Est-il possible de maintenir l'équilibre de l'organisme relativement à l'azote ?

Les récentes recherches d'Ewald sont des documents précieux à consulter. Nous donnons plus loin un résumé des observations de cet auteur qui nous montrent que la quantité absolue de la substance résorbée par le rectum présente de grandes variations individuelles. Elle varie entre 30 et 95 0/0 de la quantité d'azote qui avait été introduite.

Il n'a pu réussir à conserver l'équilibre azoté de l'organisme.

Ces lavements étaient, il est vrai, pauvres en substance azotée ; la totalité de leurs calories était petite. L'organisme ne pouvait pas réparer ses pertes qui varient, d'après Leyden, de 1500 à 1650 calories par jour pour un poids de 50 à 55 kilogrammes.

Nous sommes loin des 3000 calories nécessaires chaque jour à l'adulte bien portant, mais il s'agit ici de malades gardant le repos au lit, ce qui entraîne une extrême réduction des dépenses en énergie mécanique.

Pourquoi ces lavements étaient-ils pauvres en azote ? c'est qu'on ne peut pas introduire de plus

grandes quantités de substances nutritives ; on irriterait, en forçant les doses, la muqueuse intestinale d'où rejet des aliments.

Dans la plupart de ses expériences Ewald note la disparition du sentiment de la faim.

« Dans des conditions favorables, dit cet auteur, une quantité considérable de l'azote qui est introduite par le rectum est résorbée dans la plupart des cas, bien qu'une augmentation de l'azote de la substance du corps n'ait pas pu être obtenue dans mes expériences et observations cliniques. Ce sera la tâche d'expériences continuées de trouver un mode d'application de l'albumine au moyen duquel on pourrait incorporer à l'intestin soit de plus grandes quantités d'albumine soit de l'albumine sous une forme plus concentrée, sans provoquer des symptômes d'irritation de la muqueuse rectale, irritation qui a pour conséquence l'expulsion prématurée des lavements ».

Si nous examinons maintenant les autres observations publiées en détail dans la thèse très documentée de Gros (Lyon, 1897), nous voyons de nombreuses diminutions de poids surtout manifestes chez les malades de Donkin. Dans un cas de Wendt la perte est de 3 kilogrammes en huit jours. Un sujet de Flechter perd 3 kilogrammes en seize jours. Chez un malade de Singer la diminution est de 9 kilogrammes en deux mois et demi.

« Sur dix-huit malades que j'ai soumis à cette cure, dit M. Robin, les pertes de poids plus minimales qu'on ne pourrait le penser ont varié de 0 kg. 500 à 2 kg. 200.

Jamais je n'ai eu de poids stationnaire et encore moins d'augmentation ».

Les malades de M. Tournier n'ont fait que des pertes insignifiantes : quelques-uns ont à peu près maintenu leur poids ; d'autres enfin, mais c'est l'exception, ont légèrement augmenté.

Wendt et Feris signalent chacun une augmentation de poids.

M. Tournier dit que la perte de poids n'est pas imputable qu'à la cure de repos « les observations de malades nourris par la bouche dans les cas d'ulcère sont nombreuses où l'on peut noter des pertes de poids sur l'état antérieur ».

Il explique les quelques cas d'augmentation par le passage des substances alimentaires au-delà de la valvule de Bauhin et par leur digestion parfaite dans l'intestin grêle.

Pour M. J. Roux « si les lavements paraissent faire augmenter de poids un malade c'est surtout en lui rendant l'eau qu'il avait perdu ». Cette proposition est peut-être un peu trop absolue : néanmoins elle met bien en relief le rôle important de l'eau. En outre, après avoir comparé au moyen de nombreuses observations les malades traités par l'alimentation rectale exclusive et les individus soumis à un jeûne absolu dans un but expérimental, cet auteur conclut que les lavements alimentaires retardent la marche de l'amaigrissement mais ne font que l'enrayer.

Sauf quelques exceptions, il ne semble donc pas que l'alimentation par la voie rectale soit absolument

suffisante à maintenir l'équilibre parfait de l'organisme.

Mais, d'autre part, nous allons voir maintenant, que cette légère déperdition de poids et de forces d'ailleurs rapidement regagnée après la reprise de l'alimentation par la bouche, est largement compensée par les avantages que procure le repos absolu de l'organe au triple point de vue de la suppression des douleurs, de l'arrêt des hémorrhagies enfin et surtout de la cicatrisation de l'ulcère.

OBSERVATIONS PRISES DANS LES AUTEURS

Observations d'Ewald.

Bulletin général de Thérapeutique, 8 août 1901.

Dans toutes ces expériences l'azote fut déterminée dans les urines et les matières fécales d'après la méthode de Kjeldahl.

OBSERVATION I

La nommée E. B..., jeune fille de 23 ans, se trouvant dans de très bonnes conditions de nutrition, est sujette à des gastralgies violentes par suite d'une ulcération stomacale ; elle est soumise à une nutrition rectale absolue. Son poids n'avait pas changé pendant les dernières semaines avant le commencement de l'expérience. Au début de l'expérience qui dura cinq jours, la malade pesait 57 kilogs.

Chaque lavement nutritif était composé de 320 cmc. de lait, un jaune d'œuf, une cuillerée à thé de farine, 70 à 75 cmc. de vin rouge, soit en tout 400 cmc. On donnait trois lavements par jour, donc 1200 cmc. avec une dose de 7 gr. 80 d'azote laquelle fut contrôlée par plusieurs épreuves.

Quantité d'azote reçue en 5 jours. 39 gr.

Quantité d'azote retrouvée dans les matières fécales. 3 gr. 7

Par conséquent quantité d'azote résorbée. 35 gr. 3

c'est-à-dire 90, 51 0/0 de la quantité totale d'azote.

Elimination d'azote par les urines. 42 gr. 54
Par conséquent la perte en azote était de. 7 gr. 20
soit par jour. 1 gr. 44

Le poids de la malade à la fin de l'expérience fut de 53 kilogs.
Quinze jours après il était monté à 58 kilogs.

OBSERVATION II

E. H..., jeune fille robuste de 19 ans, bon état de nutrition,
est nourrie exclusivement au moyen des lavements rectaux à
cause de troubles causés par des ulcérations gastriques.

Poids du corps au début de l'expérience : 54 kg. 500.

Même composition de lavements nutritifs.

Durée de l'expérience : six jours.

Quantité d'azote reçue en 6 jours. 46 gr. 97

Quantité d'azote retrouvée dans les matières fécales. 2 gr. 15

Quantité d'azote résorbée. 44 gr. 82

c'est-à-dire 95, 42 o/o de la quantité totale.

Elimination d'azote par les urines. 53 gr. 78

Perte d'azote par jour. 1 gr. 49

Poids du corps à la fin de l'expérience. 53 kilogs.

OBSERVATION III

E. L..., jeune fille de 18 ans, nourrie avec des lavements rec-
taux à cause de gastralgies nerveuses.

Poids du corps avant l'expérience. 52 kilogs.

Durée de l'expérience seulement 4 jours puisque la malade ne
fut pas à même de retenir les lavements plus longtemps.

Quantité d'azote reçue en 4 jours. 31 gr. 32

Quantité d'azote retrouvée dans les matières fécales. 22 gr. 10

Quantité d'azote résorbée. 9 gr. 22

c'est-à-dire 29, 39 o/o de la quantité totale.

Elimination d'azote par les urines.	34 gr. 30
Perte en azote de la part du corps.	25 gr. 10
c'est-à-dire.	6 gr. 27
	par jour
Poids du corps après l'expérience.	50 kg. 500

OBSERVATION IV

R. S..., homme de 36 ans, soumis à une nutrition rectale absolue à cause d'accès gastralgiques légers.

Poids du corps avant l'expérience. 59 kg. 500

Durée : 6 jours.

Les lavements nutritifs contenaient chaque fois 80 gr. de lait, deux jaunes d'œuf, un peu de sel, un peu de farine, un verre de vin rouge.

c'est-à-dire 8 gr. 92 d'azote.

Quantité d'azote reçue en 6 jours. 53 gr. 49

Quantité d'azote retrouvée dans les matières fécales. 35 gr. 30

Quantité d'azote résorbée. . . . 18 gr. 19

c'est-à-dire 33.89 0/0 de la quantité totale.

Elimination d'azote par les urines. 50 gr. 80

Donc quantité d'azote perdue. 32 gr. 70

c'est-à-dire par jour. 5 gr. 45

Poids du corps à la fin de l'expérience. 56 kg. 100

OBSERVATION V

L. B..., homme de 53 ans. Le diagnostic n'est pas sûr.

On pense à des gastralgies nerveuses et à une ulcération stomacale.

Nutrition rectale absolue pendant 4 jours.

Le poids du corps tombe de 66 kgr. 400 à 60 kilogr.

Le malade reçoit 6 œufs, 600 gr. de lait et 90 grammes d'eucasine par jour. Le contenu en azote ne fut pas déterminé moyennant une analyse de la quantité totale qui avait été introduite ; mais on détermina l'azote des œufs auxquels on accorda une valeur de 21 grammes d'azote.

L'azote du lait fut déterminée chaque jour (3 gr. 40 ; 3 gr. 40 ; 3 gr. 30 ; et 3 gr. 20 d'azote), le contenu en azote de l'eucasine fut de 16, 7 o/o.

Quantité d'azote reçue en 4 jours.	85 gr. 40
Quantité d'azote retrouvée dans les matières fécales	27 gr. 80
Quantité d'azote résorbée.	57 gr. 60

c'est-à-dire 67, 44 o/o de la quantité totale.

Elimination d'azote par les urines.. . . .	70 gr. 70
--	-----------

Perte en azote de la part du corps.	13 gr. 10
---	-----------

c'est-à-dire par jour	3 gr. 27
---------------------------------	----------

Observation de Robinson (résumée).

New-York med. Journal, I, 16.

OBSERVATION VI

En juillet une jeune femme de 28 ans vint me voir.

Elle présentait les principaux symptômes de l'ulcus

Tous les médecins qui l'avaient traitée depuis 4 ans avaient diagnostiqué un ulcère de l'estomac.

Douleur localisée à l'épigastre exagérée par la palpation, l'exercice, la nourriture et les émotions.

Elle avait des vomissements la nuit et le matin.

Poids de la malade : 80 kilogr.

5 octobre. — Toute nourriture par la bouche est supprimée. Lavements alimentaires.

9 octobre. — Douleurs au creux épigastrique, mais de très courte durée. La douleur ne reparut plus.

17 octobre. — Reprise de l'alimentation.

La malade revue en juillet suivant se fit d'une excellente santé.

Observations de Wendt (résumées)

Inaugural Dissertation. Léna 1896.

OBSERVATION VII

Emile G..., pompier, 37 ans. Entre à l'hôpital le 11 juin 1895 ; sort le 3 août 1895.

Il a depuis 2 ans des douleurs d'estomac qui augmentent après le repas.

Etat actuel. — Epigastre douloureux à la pression. Pas de clapotage, pas de tumeur.

Repos aulit et diète liquide.

18 juin. — Violente douleur à l'épigastre.

20 juin. — On retire de l'estomac un litre 1/2 d'un liquide couleur marc de café. L'examen du sang est positif.

25 juin. — Poids 45 kg. 800. On commence les lavements alimentaires.

9 juillet. — Les lavements sont bien supportés ; les troubles ont complètement disparu. Le malade n'a ni faim ni soif.

13 juillet. — Reprise de l'alimentation. Suppression de deux lavements sur quatre. Poids 46 kg. 000.

3 août. — Aucune douleur ; pas d'éruptions ; pas de pyrosis. Le malade est renvoyé guéri.

OBSERVATION VIII

Alwine B..., 36 ans, admise le 25, novembre 1895. En 1892, elle eut des vomissements muqueux et sanguins. Elle ne s'est jamais rétablie depuis.

Au printemps elle a eu de nouveau des hématomèses.

La dernière hématomèse remonte à trois semaines.

Elle a des douleurs d'estomac et de l'inappétence.

22 novembre. — Le contenu de l'estomac donne une abondante quantité d'HCl libre.

On ordonne du sous-nitrate de bismuth.

29 novembre. — Les troubles ne s'améliorant que lentement, on supprime la nutrition par la bouche. Trois lavements alimentaires. Poids du corps 45 kilogr. 300.

1^{er} décembre. — Les lavements sont bien gardés.

5 décembre. — Poids 42 kilogr. Les lavements n'étant plus gardés, on les suspend.

Les troubles subjectifs de la malade sont considérablement améliorés.

Le traitement par la diète liquide et par le bismuth est repris

Observations de M. Tournier (résumées).

Thèse de M. Gros, Lyon 1897.

OBSERVATION IX

Mme B..., âgée de 50 à 60 ans a présenté des douleurs d'estomac depuis 25 ans, douleurs du type hyperchlorhydrique.

Il y a 20 ans, elle eut une abondante hématomèse.

En juin 1894 douleurs légères.

Le 27 juin. — Hématémèse.

Le 29 juin. — Nouvelle hématémèse très abondante.

La quantité de sang peut être évaluée à plus de deux litres.

Le 1^{er} juillet. — Repos absolu de l'estomac.

La malade ne prend rien par la bouche.

Elle toléra en moyenne six lavements nutritifs.

Le 23 juillet. — Elle est pâle, anémiée, mais supporte parfaitement son régime.

Le 27 juillet. — L'alimentation fut reprise et consista d'abord en bouillon et en œufs.

M. Tournier revit la malade le 14 novembre. Elle avait engraisé et ne ressentait plus de douleurs.

Le 13 avril 1895. — La guérison peut être considérée comme complète. L'augmentation de poids est de 17 kilogr. en quelques mois ; son poids est supérieur à son embonpoint antérieur à son hématémèse.

OBSERVATION X

Jean G..., 17 ans, boulanger, entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Lépine le 15 décembre 1895.

Depuis l'âge de 8 ans il a de mauvaises digestions, il vomit de temps en temps. La douleur stomacale existerait depuis cette époque.

Depuis quinze jours, douleurs violentes ; hier, il a vomi 500 gr. de sang pur.

Douleur au creux épigastrique continue, donnant au malade la sensation d'une piqûre, exagérée par l'ingestion des aliments. Pas de point dorsal.

16 décembre. — Poids 64 kilogr. 400.

Diète absolue ; six lavements alimentaires.

24 décembre. — Poids 59 kilogr. 400, donc perte de 5 kilogr. en huit jours.

On reprend progressivement l'alimentation normale.

Le 31 janvier. — Le malade sort guéri. Il pèse alors 71 kilogr.

M. Tournier le revoit le 3 février. Il pesait 75 kilogr. Aucun trouble, aucune douleur.

20 février. — Poids 76 kilogr.

OBSERVATION XI

Mlle P..., de Lyon, 20 ans, avait présenté à différentes reprises quelques douleurs gastriques.

Le 27 novembre. — Syncope et hématemèse (un litre de sang environ).

On met l'estomac au repos.

Le 13 décembre. — Douleurs épigastriques avec propagation dans l'épaule droite.

Le 15 décembre. — La douleur moins vive permettait de reconnaître que la vésicule biliaire avait atteint le volume du poing. Les jours suivants la vésicule disparaît progressivement.

Le traitement a pu être continué jusqu'à la fin de décembre sans protestation de la malade.

Perte de poids 3 kilogr.

1^{er} janvier. — Reprise progressive de l'alimentation.

28 janvier. — Guérison complète ; aucune douleur gastrique.

Durant l'année 1896, la malade n'a éprouvé à aucun moment de malaises gastriques.

OBSERVATION XII

Mme R..., 22 ans, fait appeler M. Tournier le 28 septembre.

Depuis longtemps elle souffre de l'estomac et le 20 septembre elle a eu une hématomèse.

Diagnostic : Ulcère de la face antérieure de la grande courbure.

29 septembre. — On commence l'alimentation rectale.

11 octobre. — On lui permet de boire un peu de lait.

Les jours suivants on diminue la quantité des lavements.

Dès les premiers jours du traitement on a constaté la cessation complète des douleurs; les vomissements ne se sont plus jamais reproduits.

La cure a été très bien supportée.

Amaigrissement très léger.

Mais en janvier 1897 elle se porte très bien.

Observations de M. May (résumées)

(Thèse de Paris 1898).

OBSERVATION XIII

La femme Ca..., 24 ans, confiseuse, entre à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. Gaucher, le 20 octobre 1897. Elle avait eu le matin un vomissement de sang. Depuis trois mois elle éprouvait de violentes douleurs au niveau de l'épigastre, mais pas de douleurs rachidiennes.

Des son entrée à l'hôpital on la met au régime lacté : 2 à 3 litres de lait par jour.

Le 4 novembre. — Nouvelle hématomèse de 700 centimètres cubes. Injections d'ergotine.

On donne du lait glacé à l'intérieur et on continue le lait.

Le 13 novembre. — Hématémèse de 1 litre 1/2. Mœlena.

Collapsus. Extrémités froides. Pouls 140.

Injection veineuse de sérum artificiel de 1 litre 1/2.

M. Gaucher met l'estomac au repos absolu.

Le 15. — Les selles sont encore noires. Malade affaiblie.

Le repos absolu est continué depuis le 13 novembre jusqu'au 14 décembre, date à laquelle on reprend progressivement l'alimentation.

Le 15 janvier. — Son état est excellent.

Le 19 février. — Elle a repris l'alimentation ordinaire. Aucune douleur.

OBSERVATION XIV

Félicie G..., 22 ans, bonne, entre à Saint-Antoine dans le service de M. Gaucher, le 27 janvier 1898, à la suite d'hématémèses survenues le 23.

Depuis l'âge de 18 ans, elle souffre de l'estomac. A 20 ans les douleurs sont devenues constantes, localisées à l'épigastre et au rachis, exagérées par l'ingestion des aliments.

27 janvier. — Un litre de lait par la bouche et deux lavements alimentaires.

1^{er} février. — Pouls à 140. La malade pâlit.

Les selles sont couleur de suie. Injection d'ergotine.

Repos absolu de l'estomac.

10 février. — Les selles ne contiennent plus de sang.

15 février. — La malade ne souffre plus de l'estomac.

22 février. — On lui donne à boire un litre de lait glacé.

15 mars. — Elle prend deux litres de lait par jour, des œufs, etc. Aucune douleur.

10 avril. — Elle engraisse.

1^{er} juin. — Ses digestions sont bonnes. Elle n'a jamais ressenti de douleur.

OBSERVATION XV

Cl..., journalière, entre le 15 juillet 1898 à l'hôpital Saint-Antoine parce qu'elle a vomi du sang.

Elle est soignée dans le service de M. Gaucher suppléé par M. Sergent.

Huit jours avant son entrée elle a vomi deux grands verres de sang noir.

La nuit suivante elle évalue la quantité de sang vomie à quatre grands verres.

De plus elle a du mœlena.

Depuis plusieurs années ses digestions étaient lentes. On lui donne un litre de lait glacé dans les 24 heures.

Le 16 juillet. — On constate du sang dans les matières.

Le 17 juillet. — Repos absolu de l'estomac.

Le 1^{er} août. — La malade ne ressent plus aucune douleur gastrique.

Le 4 août. — On supprime les lavements.

Le 21 septembre. — La malade se porte tout à fait bien.

Elle quitte l'hôpital dans le courant d'octobre en parfait état de santé.

OBSERVATION XVI

Andr..., 34 ans, bonne, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Notre-Dame, le 29 juillet 1898, pour une affection chirurgicale.

Le 7 août. — Violentes douleurs à l'épigastre.

Elle vomit un verre de sang noir. Ses selles sont fétides, remplies de sang.

Le 8 août — M. Pierre Delbet diagnostique un ulcère. On met la malade à la diète stomacale absolue.

Dans la nuit légère hématemèse et mœlena.

Le 9 août. — Repos absolu au lit. Aucune nourriture par la bouche. Lavements alimentaires.

10 août. — Douleurs à l'épigastre. On apprend que la malade souffre de l'estomac depuis l'âge de 16 ans.

Le 20 août. — On donne 1/2 litre de lait glacé tout en continuant les lavements.

Le 23 août. — Un litre de lait ; deux potages ; deux lavements.

Le 25 août. — Suppression des lavements.

Le 5 septembre. — La malade engraisse et ne ressent plus aucun symptôme du côté de l'estomac.

Observation personnelle (inédite).

Recueillie dans le service de M. Robin.

OBSERVATION XVII

Joseph B..., 44 ans, entre à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. A. Robin, salle Serres, le 21 octobre 1903.

Nous interrogeons le malade sur ses antécédents héréditaires ; rien de particulier à signaler.

Antécédents personnels. — Depuis quatre ans le malade se plaint de souffrir de l'estomac.

Au début, les digestions étaient pénibles.

Depuis l'année dernière l'ingestion des aliments provoque de la douleur deux à trois heures après le repas.

La veille de son entrée le malade a eu une hématemèse ; il évalue la quantité de sang vomie à un verre.

Examen du malade. — A la palpation de la région épigastrique, M. Robin constate une douleur très localisée mais il n'y a pas de point douloureux rachidien.

Il institue le traitement par le repos absolu de l'estomac avec immobilité complète au lit.

Le poids du malade au début de la cure est de 54 kilogr.

21 octobre. — On donne au malade six lavements désaltérants, et un lavement alimentaire. Nous en donnons la composition au chapitre consacré à la Technique.

22 octobre. — Six lavements désaltérants, deux alimentaires.

23 octobre. — Six lavements désaltérants, quatre alimentaires.

Quantité d'urine 500 gr.

24 octobre. — Mêmes lavements, urine 1250 gr.

25 et 26 octobre. — Mêmes lavements, urine 1500 gr. ; la douleur épigastrique est très faible.

Du 26 au 31 octobre. — La quantité des urines est chaque jour de 500 gr. Le malade n'a aucun symptôme d'irritation rectale ; il supporte très bien les lavements.

Le 31 octobre. — On reprend progressivement l'alimentation par la bouche. On lui permet de boire 200 gr. de lait.

Le poids est tombé à 52 kilogr. : par conséquent perte de 2 kilogr. en 10 jours.

Suppression d'un lavement.

La douleur épigastrique a complètement disparu depuis trois jours.

Le 1^{er} novembre. — 400 gr. de lait en deux fois.

Après chaque prise il prend un des cachets suivants :

Magnésie calcinée	} à 4 grammes.
Bicarbonate de soude.	
Craie préparée.	} à 6 gr.
Sucre	

p. 12 cachets.

Le 2 novembre. — On ne donne plus de lavements désaltérants, 800 gr. de lait en quatre fois, trois lavements alimentaires.

Le 3 novembre. — Deux lavements alimentaires, 1200 gr. de lait.

Le 6 novembre. — 2 litres de lait. Suppression complète des lavements.

Peu à peu on augmente la quantité de lait.

Le 9 novembre. — Le malade en prend trois litres.

Le 12 novembre. — Le malade en prend quatre litres.

On le pèse le 15 novembre : 55 kg. 600.

Le malade pèse donc 1 kg. 600 de plus que le jour de son entrée.

Le 1^{er} décembre le malade quitte l'hôpital de la Pitié ; il entre à l'hôpital Beaujon, M. Robin ayant changé de service.

Il continue le régime lacté que lui font tolérer les poudres de saturation.

Dans les premiers jours de février il quitte l'hôpital n'ayant jamais ressenti depuis le moment de la disparition de sa douleur épigastrique aucun trouble du côté de l'estomac.

Observation personnelle (Inédite).

OBSERVATION XVIII

Joséphine B..., 33 ans, bonne, entre à l'hôpital Beaujon, salle Axenfeld, le 9 décembre 1903, dans le service de M. Robin.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à 55 ans d'une affection appelée gastrite par la malade : l'ingestion des aliments lui était devenue impossible, il les vomissait immédiatement ; il

- maigrit rapidement, jaunit ; la maladie dura à peu près un an. Il semble qu'il s'agit d'un néoplasme de l'œsophage.

Antécédents personnels. — Elle a toujours été très constipée. Les selles contenaient souvent des membranes.

Il y a un an, elle a commencé à souffrir de l'estomac. Les digestions lentes, pénibles, étaient accompagnées deux à trois heures après le repas de régurgitations acides et de douleurs à l'épigastre traversant jusque dans le dos. Mais elles s'amendèrent.

Elles reparurent il y a six semaines. La malade fut mise au lait et aux œufs et se sentit mieux. Elle recommença à manger trois jours avant son entrée à l'hôpital.

Le 8 octobre, après avoir pris une assiette de potage elle vomit trois à quatre gros caillots de sang équivalents d'après elle à deux gros bols. Depuis elle n'a rien pris. Elle est donc examinée 24 heures après son hématomèse.

Son état général paraît bon.

M. Robin trouve un point douloureux très limité vers la région pylorique, mais elle ne se plaint d'aucune douleur spontanée.

On met son estomac au repos absolu.

9 décembre : 2 lavements désaltérants.

— 2 lavements alimentaires.

10 décembre : 4 lavements désaltérants.

— 4 lavements alimentaires.

Mais elle se plaint de la soif.

M. Robin interrompt le traitement et permet à la malade de boire de l'eau pure avec des poudres de saturation dont nous avons donné la formule dans la précédente observation.

Sur le soir elle a un léger vomissement de sang qui succède à une prise de poudre. Puls 960.

11 décembre. — On remet l'estomac au repos absolu. La douleur épigastrique à la pression a beaucoup diminué. La malade se plaint d'avoir mal au ventre.

Urine 2950 gr. Pouls 104.

12 décembre. — La douleur a complètement disparu : la malade se plaint seulement de la soif.

Urine 3000 gr. Pouls 104.

13 décembre. — Urine 2000 gr. Pouls 92.

En présence de la grande quantité d'urine, M. Gaultier, interne du service, se demande comment la malade absorbe cette quantité d'eau. Elle nie boire la tisane ou le lait de ses voisines, et l'on s'aperçoit que, au lieu de lui donner des lavements désaltérants de 300 gr. on les lui donne de 900 gr.

14 décembre. — Urine 2.250. Pouls 96.

15 décembre. — Urine 1.000 grammes, mais il y a eu de l'urine perdue sur le bassin. Pouls 96.

Léger vomissement bilieux, réaction alcaline au tournesol.

16 décembre. — Vomissement bilieux acide. Urine 1.650. Pouls 88.

17 décembre. — Vomissement bilieux alcalin.

On permet à la malade de prendre en plus de ses lavements 250 grammes de lait en deux prises.

Chaque prise de 125 grammes très chaude doit être absorbée très lentement au chalumeau. Elle doit durer une 1/2 heure. Après chaque prise, un paquet de saturation.

18 décembre. — A l'inspection on trouve des contractions de l'intestin distendu indiquant qu'il faut cesser l'alimentation rectale. Suppression d'un lavement. 500 grammes de lait en quatre prises.

19 décembre. — 750 grammes de lait ; suppression de deux lavements.

20 décembre. — 750 grammes de lait ; suppression de 3 lavements.

21 décembre. — 1.000 grammes de lait ; aucun lavement.

22 décembre. — 1.500 grammes de lait.

Le 2 janvier la malades se lève un peu. Elle prend 3 litres de lait par jour.

Elle ne ressent plus aucune sensation douloureuse, se trouve bien et dit qu'elle se trouve engraisée.

Il a été impossible de la peser au début du traitement.

Elle quitte l'hôpital le 6 janvier 1904.

AVANTAGES DE LA CURE DE REPOS

CONTRE-INDICATIONS

Tous les auteurs reconnaissent que le traitement médical de l'ulcère simple non compliqué de l'estomac comprend plusieurs périodes qui sont :

La période de régime lacté absolu, avec ou sans médicaments ;

Celle de régime lacté mixte ;

Enfin celle de régime définitif.

M. A. Robin pense avec M. Tournier que la médication doit toujours commencer par le repos absolu de l'organe.

C'est ce que nous allons tâcher d'établir par l'examen des nombreux avantages que présente sur tous les autres traitements ce moyen thérapeutique peut-être un peu sévère mais en tout cas justifié.

« Que ferions-nous, écrivait Cruveilhier, si nous avions à traiter à l'extérieur un ulcère simple tendant essentiellement à la guérison et qui ne serait entretenu que par une irritation purement locale ? Ce que nous ferions ? Rien autre chose que de condamner au repos l'organe malade et de le soustraire à l'action de toutes les causes locales d'irritation.

Combien est différente la conduite que l'on tient

quelquefois à l'égard de l'estomac ! Le malade se plaint de digestions laborieuses : on lui prescrit des amers et quelquefois des ferrugineux.

Le malade répugne aux viandes comme à toute espèce d'aliments substantiels et irritants : n'importe, on insiste pour qu'il se nourrisse de viandes noires, de vins généreux : plus il mange, plus il déperit, et ce n'est quelquefois qu'après une multitude de soins plus infructueux les uns que les autres qu'on arrive à comprendre qu'il faut sortir de cette fausse voie...

Que faut-il faire en pareil cas ? Rien autre chose que de laisser reposer l'organe malade. Cette loi, si fidèlement observée dans le traitement des maladies des autres organes de l'économie, semble complètement oubliée quand il s'agit de l'estomac, et cependant là est tout le secret du traitement. On n'est vraiment sans pitié que pour son estomac : il a beau se révolter, il faut qu'il travaille toujours ».

Cependant, après avoir si logiquement déduit les avantages du repos, Cruveilhier se contentait de conclure au régime lacté absolu perdant ainsi le plus clair de ses avantages puisque le lait comme tout autre aliment détermine :

1° La sécrétion du suc gastrique ;

2° Les contractions stomacales.

Or, tous les auteurs, et Cruveilhier lui-même, s'accordent à reconnaître que ce sont là les deux principales causes de la non-cicatrisation de l'ulcère.

C'est ce que, il y a déjà longtemps, Fiechter avait objecté du régime de Cruveilhier : « On comprend

combien est salulaire le repos de l'organe si on réfléchit que le lait, aussi bien que les solutions salines provoquent une production active du suc gastrique et une contraction énergique des parois de l'estomac ».

Théoriquement il semble donc que la suppression complète de l'alimentation par la voie buccale soit la seule qui puisse assurer l'arrêt ou tout au moins la diminution de la sécrétion du suc gastrique, l'arrêt des contractions stomacales et par conséquent la mise en marche de la cicatrisation de l'ulcère.

Ces prévisions théoriques sont confirmées par l'expérimentation d'abord, ensuite et surtout par la clinique.

C'est du moins ce que nous allons essayer de démontrer par l'examen successif des résultats expérimentaux, des résultats cliniques immédiats, des résultats cliniques lointains.

M. Bouveret s'est fait, en France, le défenseur de la théorie « d'une sécrétion plus active, prolongée, continue »; mais cette théorie est loin d'être universellement admise. C'est ainsi que pour M. le professeur Hayem il n'y aurait digestion continue avec liquide résiduel que dans les cas de sténose pylorique, et que la plupart des auteurs, tout en reconnaissant la théorie de M. Hayem comme trop exclusive, admettent que l'hyperacidité joue un rôle plus important que l'hyper-sécrétion.

Or, cette hyperacidité et surtout cet afflux brusque d'acide chlorhydrique que détermine la digestion

sont diminués de beaucoup et quelquefois abolis par le repos absolu de l'organe.

C'est ce que M. Robin et J. Ziarko ont montré en réponse à Winternitz qui prétendait que les lavements alimentaires excitaient la sécrétion du suc gastrique.

M. Robin a vu chez deux de ses malades l'acide chlorhydrique libre diminuer dans le contenu stomacal qui lui-même présentait un réel abaissement.

D'autre part, J. Ziarko expérimentant sur dix malades atteints de gastropathies diverses dont deux ulcères simples tous nourris par l'alimentation rectale, n'a pas trouvé deux heures et demie après l'administration du lavement d'augmentation dans la quantité du suc gastrique ; bien mieux son acidité était diminuée.

Y a-t-il avantage à saturer ce dernier reste d'acide chlorhydrique avec les alcalins, selon la méthode de M. le professeur Debove, ou les alcalino-terreux selon la méthode qu'emploie M. Robin dans l'hyperchlorhydrie ?

Ce dernier auteur et tous les partisans du repos absolu rejettent cette pratique pendant la cure, toute ingestion par la voie buccale forçant l'estomac au travail.

D'ailleurs une de nos observations personnelles montre bien le danger de la saturation pendant la cure de repos ; dans le cas particulier il s'agit d'une hémorrhagie.

On comprendra facilement que les contractions stomacales sont en rapport très étroit avec la sécré-

tion du suc gastrique et qu'en diminuant l'une on atténue les autres.

De tout ceci il résulte que le repos stomacal atteint bien le double but qu'il se proposait théoriquement.

Quels en sont maintenant les résultats cliniques et d'abord les résultats cliniques immédiats ?

Ce qui frappe tout d'abord à la lecture des observations publiées par les auteurs, c'est la constance et souvent la rapidité de la disparition des douleurs. Elles ont disparu dans tous les cas, chez les malades de M. Tournier, chez ceux de Wendt et Robinson, etc.

Le plus souvent cette disparition est très rapide, dès les premiers jours (observations VI et XII). D'autres fois elles sont plus rebelles et il n'a pas fallu moins de 14 jours à Wendt, de 15 à M. le professeur Gaucher, chez la malade citée dans la thèse de May, pour en venir à bout.

Dans tous les cas, précoce ou tardif, le résultat est constant.

Il en est de même pour les vomissements ordinaires et l'observation de Robinson en est un remarquable exemple (observation VI).

Mais la suppression des hématomèses constitue le véritable triomphe de la méthode. Sur ce point d'ailleurs, la majorité des auteurs reconnaissent la supériorité de la cure de repos absolu.

Citons MM. Bouveret, Mathieu, Lyon, Soupault et tant d'autres. D'ailleurs il arrive fréquemment en pareil cas que l'estomac dicte la conduite à suivre, en rejetant tout ce qu'on lui donne.

La suppression des hématomèses est constante et immédiate dans toutes les observations que nous avons lues sauf chez une malade de M. Delbet (observation XVI) qui vomit encore un peu de sang le soir de l'institution du traitement, ce qui d'ailleurs ne se renouvèle pas.

Toutes les autres fois, quelque abondante qu'ait été l'hémorrhagie et quelque tardive que fût dans certains cas l'institution de la cure de repos, la suppression des hématomèses a été constante et immédiate.

Une malade de M. Tournier (IX), avait vomi 2 litres de sang, un autre (X), un 1/2 litre. Les deux que nous avons observés avaient vomi l'un un verre, l'autre un litre de sang. Institution de la cure de repos et résultat favorable immédiat.

Mais les cas les plus remarquables dans cet ordre d'idées sont certainement ceux de M. le professeur Gaucher relatés dans la thèse de May.

Malgré deux hématomèses abondantes survenues à plusieurs jours d'intervalle, la première malade est mise au régime lacté. Quelques jours après, une troisième hématomèse d'1 litre 1/2 et la gravité de l'état général imposent la suppression complète de toute alimentation par la voie buccale. Les vomissements ne se reproduisent plus et la malade guérit.

Le même fait se reproduit chez la deuxième malade mais le repos de l'estomac est institué plus vite.

La cure de repos absolu est, on le voit, la médication topique de l'hématomèse qui constitue somme

toute l'accident de beaucoup le plus grave de l'ulcère de l'estomac.

Nombre d'auteurs frappés de ce fait l'emploient systématiquement au cas d'hémorragies graves et répétées.

Faut-il, comme le font la plupart, limiter là son indication ?

Avec MM. Tournier et A. Robin nous ne le croyons pas et deux raisons graves nous décident.

De ces raisons la première est que l'hémorragie est un accident brusque que l'on ne peut pas toujours prévoir, que d'autre part, elle est parfois assez abondante pour être d'emblée mortelle ou pour plonger le malade dans une cachexie dont il ne se relèvera pas.

Or l'examen des faits, l'étude consciencieuse des observations recueillies jusqu'à ce jour permettent de conclure que la cure de repos absolu est non seulement souveraine pour les hémorragies constituées, mais encore admirablement efficace comme moyen préventif des hémorragies à venir.

De tous les malades que M. Tournier a revus après leur traitement pas un de ceux qui avaient déjà eu des hémorragies n'a présenté de récive.

Il en est de même chez la malade de Robinson (VI) et ceci nous amène à parler des résultats lointains de la cure de repos absolu.

Nous avons vu qu'il était théoriquement permis de supposer que le repos devait amener la cicatrisation de l'ulcère de l'estomac comme il amène celle de tout

autre ulcère, d'un ulcère de la jambe par exemple. La clinique confirme-t-elle ces vues théoriques ?

Il semble bien qu'il en soit ainsi chez les malades qui ont pu être suivis longtemps après le traitement.

Nous avons déjà dit quelle était la constance jusqu'ici absolue de la suppression définitive des hématomèses.

Il en est de même pour les autres symptômes de l'ulcère de l'estomac et M. Tournier cite des malades revus dix mois, un an et plus, après la cessation de la crise, chez qui les douleurs et les vomissements n'ont jamais reparu non plus que les hématomèses.

Et cette suppression des troubles de l'ulcère s'accompagne d'une telle reprise de l'état général, d'une telle disparition des phénomènes dyspeptiques que le malade pris d'un appétit nouveau pour lui regagne avec la plus grande rapidité le peu de poids qu'il avait perdu au cours de l'alimentation rectale exclusive. Citons pour mémoire l'observation d'Ewald (1) où quinze jours après la reprise de l'alimentation buccale le malade pesait 1 kilogramme de plus qu'avant le traitement, celle plus significative encore de M. Tournier où deux mois après la cure la plus-value n'atteignait pas moins de 12 kilogrammes si bien que dans un cas comme dans l'autre il semble qu'on puisse parler de guérison prochaine que nous retrouverons cliniquement confirmée dans les cas suivis par M. Tournier et, de cette guérison d'ailleurs, Ratjen en a donné la preuve anatomique. Nous lisons dans le *Traité de clinique thérapeutique* de M. Lyon :

« En témoignage de la supériorité de la méthode, Ratjen a présenté à la Société médicale de Hambourg, l'estomac d'une femme qui a succombé à une appendicite et qu'il avait traitée antérieurement pour un ulcère ; la muqueuse portait une cicatrice d'une solidité à toute épreuve ».

M. Robin conclut de même de son expérience clinique.

Il nous semble donc que la cure de repos est indiquée dans tous les cas d'ulcus non compliqué.

Cette règle absolue faut-il la restreindre par quelques contre-indications ?

Nous ne pensons pas qu'il y en ait de réelles à l'institution du traitement, mais celui-ci, une fois institué, certaines circonstances peuvent condamner le médecin à reprendre l'alimentation lactée.

Ces circonstances nous allons les résumer rapidement d'après une magistrale leçon faite par M. A. Robin à l'hôpital de la Pitié.

Il faut interrompre la cure de repos :

1^o Si le malade accuse une grande sensation de faiblesse avec tendance syncopale vers le troisième jour de la cure ;

2^o S'il se produit une trop grande diminution de poids. Le premier et le second jour le malade peut perdre près de 1 kilog, mais après le troisième jour le poids ne doit plus baisser que lentement ; au cas contraire c'est que les lavements sont mal absorbés ;

3^o Si la tension artérielle s'abaisse et si la

température rectale descend au-dessous de 35°5 ;

4° Si la quantité des urines est inférieure à 400 grammes ;

5° Le dosage de l'azote total de l'urine fournit aussi de précieuses indications. On doit retrouver dans l'urine environ les 45 centièmes de la quantité injectée dans le rectum ; s'il y en a beaucoup moins c'est que l'absorption rectale est insuffisante ; s'il y en a beaucoup plus c'est que la dénutrition est exagérée.

Mais ce ne sont là que de rares exceptions.

Dans la très grande majorité des cas le traitement n'est interrompu que par la disparition des symptômes révélateurs de l'ulcus.

TECHNIQUE. — DURÉE

Nous ne décrivons que la méthode de M. Robin.

Le malade doit garder dans son lit l'immobilité la plus absolue.

On lui appliquera au niveau de l'épigastre des compresses froides.

S'il y a eu des hémorrhagies (hématémèses ou mœlena) remplacer l'eau froide par une vessie de glace.

Quelques auteurs autorisent leurs malades à boire de l'eau pure, mais il ne s'agit plus alors de repos absolu puisque tout liquide fait contracter et sécréter l'estomac. On n'autorisera cette pratique que si la soif est très forte, quitte à reprendre de nouveau dès la disparition de ce symptôme qui a forcé d'interrompre la cure, l'alimentation rectale exclusive.

D'ailleurs pour remplacer l'eau que perd le malade par l'urine, par la respiration, par la peau, on la lui procure par la voie rectale en quantité suffisante par des lavements désaltérants qui font aussi l'office de lavements évacuateurs. On doit les administrer une demi-heure avant chaque lavement alimentaire. Leur nombre est de 3 à 4 par jour, leur quantité de 250 à 300 grammes, leur composition de l'eau pure. Ce

n'est qu'en cas de grande dépression des forces qu'on ajoute un peu de vin de Champagne ou de vieux cognac.

Quant aux lavements alimentaires, M. Robin a adopté après différents essais la formule suivante :

Œufs frais.	n ^{os} 1 à 3.	
Peptones liquides . . .	40 à 50 grammes.	
Solution de glucose à :		
20 o/o :	100	—
Sel marin	2	—
Pepsine.	0 gr. 50	
Laudanum.	III gouttes.	

Bouillon frais, qs. pour faire 250 cmc. pour un lavement.

La seule difficulté réelle de cette technique réside dans l'intolérance du rectum qu'on reconnaîtra aux coliques, au ténesme et à la nature des selles.

Si l'intestin rejette cette préparation, n'injecter que le jaune de l'œuf (5 à 6 par lavement).

Il est très important de bien émulsionner le mélange.

On peut encore supprimer soit le sel soit les peptones.

Il faut toujours au début employer le laudanum, mais il n'est pas indispensable : on doit essayer de le supprimer dès le troisième lavement.

Le premier jour un lavement alimentaire matin et soir et 3 lavements désaltérants.

Dès le second jour on essaie de faire tolérer 4 lavements alimentaires mais s'en tenir à 200 cmc. si l'on

veut qu'ils soient gardés ; 4 lavements désaltérants.

Les jours suivants : 4 lavements alimentaires de 250 cmc. et 4 lavements désaltérants.

Tous ces lavements alimentaires et désaltérants doivent être donnés tièdes, le malade étant couché

Il faut de plus injecter la substance avec une grande lenteur et, pour ce faire, employer le minimum de pression nécessaire.

La sonde devra être très longue, une sonde de Nélaton par exemple qui permet d'utiliser toute la surface du gros intestin.

Il nous reste maintenant à rechercher quelle doit être la durée du traitement.

Les auteurs ne sont pas d'accord.

Les uns conseillent trois à quatre jours, Stadelmann six jours, Ratjen dix jours. Donkin quinze jours à trois semaines, M. Tournier quinze jours à un mois.

Nous pensons avec M. Robin qu'il est impossible de fixer de limite absolue.

« On continuera la cure du repos tant qu'il n'y aura pas d'intolérance rectale, tant que la nutrition assurée par les lavements alimentaires sera suffisante enfin jusqu'à disparition des symptômes révélateurs de l'ulcère.

Sur 20 malades que j'ai soumis à cette cure je n'ai eu que deux réfractaires.

Le premier ne put résister à une soif qu'aucun moyen artificiel ne calmait, le second tomba en deux jours dans un tel état de faiblesse qu'on fut forcé de

l'alimenter avec du lait. Tous deux d'ailleurs s'améliorèrent plus lentement que les autres et l'un d'eux eut plus tard une grave hématemèse à laquelle il faillit succomber.

Chez les autres malades la durée moyenne de la cure fut de neuf jours. »

CONCLUSIONS

1° La plupart des auteurs instituent la cure de repos stomacal absolu dans l'ulcère simple de l'estomac, lorsqu'il y a des hémorragies abondantes et répétées. Quelques-uns emploient systématiquement ce traitement dans tous les cas comme première période du traitement médical.

2° Le gros intestin absorbe très bien les hydrates de carbone, moins bien les albumines, très peu les graisses.

3° La nutrition par les lavements alimentaires ne réussit pas à maintenir l'équilibre parfait de l'organisme, mais dans la majorité des cas elle suffit pendant quelque temps à un équilibre relatif.

4° Ce léger désavantage est largement compensé par la disparition rapide de tous les symptômes révélateurs de l'ulcère. La cure de repos est souveraine contre les hématomèses. Les malades, à la reprise du régime lacté n'éprouvent pas de symptômes dyspeptiques. Ils engraisseront, ont de l'appétit

5° Ceux qui ont pu être suivis longtemps n'ont

pas présenté de récidence ce qui peut faire supposer une guérison définitive, guérison dont Ratjen a fourni une preuve anatomique.

6^e La durée du traitement ne doit pas avoir de limite absolue. On le continuera jusqu'à la disparition des signes de l'ulcus sauf au cas peu fréquent d'intolérance rectale ou de déperdition trop rapide.

Vu : le Président de la thèse,

DEBOVE

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Aldor.** — Centrabl für innere Med., p. 161, 19 février 1898.
- Anderson.** — The treatement of gastric ulcer by rectal aliment (New-York, med. Journ. 1891).
- Angerant.** — Les grands lavages de l'intestin, thèse Paris, 1894.
- Antonucci.** — Alimentation par le rectum Gazz. med. lomb, Milano, 1901, LX-252-254.
- Barker.** — Bull. Acad. New-York, 1879.
- Brandeburg.** — Deut. Arch. für klin. Med., t. LVIII, p. 71, 1896.
- Baldi.** — Le chlorure de sodium dans l'absorption intestinale des peptones (Revue intern. de méd. et chir, 25 mai 1897).
- Bouveret.** — Traité des maladies de l'estomac.
- Brown-Séguard.** — Alim. par lavements de pancréas et de viande (Gaz. hebdom., p. 732, 1879).
- Catillon.** — Bull. soc. théor., 164, 41, 1880.
— Gazette des hôpitaux, 1880.
- Carville et Rochefontaine.** — Société de Biologie, 1874.
- Caracciolo.** — Valore dei clisteri nutritivi due casi clinici. Suppl. al. Policlin. Roma, 1900, VI, 1235-1236.
- Christomanos.** — Zur Frage der Antiperistaltik (Wiener klin. Rundschau, IX Jahrg.) 12 et 13.
- Chevalier.** — Alimentation par le rectum. Thèse Paris, 1879.
- Dauber.** — Wirkung der Kochsalz clystiere auf den Darm (Deutsche med Wochenschr. 34, 1895).
- Deucher.** — Ueber die Resorption des Fettes aus klystieren, Deutsches Arch. f. klin. med, Leipz. 1896-97 210-236.

- Donkin.** — On gastric ulcer and its treatment by enemata. The Lancet, sept. 27, 1890.
- Dujardin Beaumetz** — Alimentation par le rectum. Bull. de Thér. 3, 98, 1860. Gazette hebdomadaire 10, 13, etc. 1879. Bull. gén. Thér, 15 janvier 1880.
- Debove et Renault.** — Ulcère de l'estomac, 1892.
- Eichhorst.** — Die Resorption der Albuminate vom Mastdarme (Pflügers Archiv. Bd. 4-1871).
- Ewald.** — Die Ernährung mit Pepton und Eiclystieren Zeitschr. f. klin. Med., Bd, 12-1887.
- Traité des maladies de l'estomac.
- Frenkel.** — Arch. méd. Toulouse VI, 1900.
- Fort.** — Paris médical, 27 mars 1879.
- Fiechter.** — Fleisch. Pankreasclystiere (Correspondenzbl. f. Schweizer. Aerzte, 1. 16. 1875).
- Gros (A.-P.).** — Cure de repos absolu et prolongé de l'estomac avec alimentation rectale exclusive. Thèse de Lyon. Décembre 1897.
- Grützner.** — Zur Physiologie der Darm bewegung (Deutsch. med. Wochenschr.) 41, 1894.
- Hayem.** — Leçons de thérapeutique.
- Huber.** — Deut. Arch. für klin Med., t. XLVII, p. 495, 1891.
- Huchard.** — Journal des Praticiens, 17 août 1895.
- Lemansky.** — Utilisation de la voie rectale en thérap. Thèse Paris, janvier 1893.
- Lépine.** — Repos absolu de l'estomac. Semaine médicale, 15 juillet 1894, 15 avril 1895, 15 octobre, 4 septembre 1896, 15 janvier 1896.
- Leube.** — Die Ernährung vom Mastdarme (Deuts. Arch. f. Klin. Med. Bd. 10, 1892).
- Ueber Ernährung die Kranken durch Zufuhr des Ernährungsmaterials per anum (Stzg. v. 5, 12, 71. d. physik

- med. soc. Erlangen, 4 Heft, u. Sitzung vom. 29, 7, 72).
- Handb der Ernahrungsther, de Leyden t. I p. 503, 1898.
- Leube.** — Ueber extrabuccale Ernährung. Deutsch klinik, Berl. u. Wien, 1900 I, 64, 72,
- Lyon.** — Clinique thérapeutique.
- Mayet.** — Lavements alimentaires (Gazette hebdomadaire, décembre 1879).
- Mayet et Tessier.** — Lyon médical, novembre 1880.
- May.** — Thèse de Paris, 1898.
- Merigot de Treigny.** — Journal des Praticiens 14 août 1897,
- Michel.** — Gaz. hebdomadaire, 677-693, 1879,
- Munck.** — Diät und diätet. Kuren. (Eulenburg. Real. Encyclop. Bd., 5).
- Virchow's. Arch., 123, 2. 3.
- Muselli.** — Lavements alimentaires. Mém. et Bull. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 1885, 1886.
- Metzger.** — Münchener medicinische Wochenschrift. n° 45, 1900.
- Pemmerais.** — Thèse de Paris, 1898.
- Ratjen.** — Ulcère de l'estomac traité exclusivement par l'alimentation rectale. Deutsche med. Wochenschrift., 24 octobre 1896.
- Riegel.** — Anvendung der Nährclystiere bei Magenskrankheiten. (Zeitsch. f. prakt. Ärzte, 2, 1896).
- Robin (A.).** — Thérapeutique appliquée, 1897. Traité des maladies de l'estomac, 1904.
- Robinson** — Rectal alimentation. New-York, med. journ., 1891.
- Romme.** — Lavements alimentaires. Presse médicale, 17 décembre 1898.
- Roux (J.).** — Lavements alimentaires. Gazette des hôpitaux, 27 mai 1899.
- Sallykoff.** — Alimentation par le rectum. Thèse de Saint-Petersbourg, 1887.

- Sears.** — A note on rectal feeding in peptic ulcer. Boston M. a. S. J., 1900. CXLIII, 446-447.
- Singer.** — Ueber Rectalernährung aus d. s. med. Abtheil. von Pal. im. K. R. Allgm. Krankenhause.
- Senné.** — Clystères nutritifs. Bull. gén. théér. XIX, 305-314, 1890.
- Sckœnborn.** — Résorption des hydrates de carbone dans le rectum (thèse de Wurzburg, 1897).
- Stadelmann.** — Deutsch Aerzte Zeitung, n° 22, 1901.
- Strauss.** — Fortschritte der Medicin. XVI, 1898, p. 441.
- Thiénot.** — Alimentation au moyen d injections rectales nutritives. Indépend. méd. Paris 1900.
- Tripier.** — Lyon médical, 1899.
- Tournier.** — Province médicale, n°s 29 et 30, 1895.
- Thérèse.** — Traitements de l'ulcère. (Gazette des hôpitaux, 13 janvier 1894).
- Vetlesen.** — Alimentation rectale. Norsk. Mag. f. Løegevidensk., Kristiana, 1900, 4. R., XV, 1197-1209.
- Vincente.** — Traitement de l'intolérance stomacale. (Gazette des hôpitaux, 102, 1895).
- Wendt.** — Ueber Anwendung Indicationen und Erfolge der Ernährung per rectum (Inaugural. Dissertation. Iéna, 1896).
- Werner.** — Ueber die Bedeutung der Rectalernährung. Ztschr. f. Wundærzte Geburtsh, Fellbach, 1896, 40-45.
- William et Robinson.** — Plaidoyer en faveur de l'alimentation rectale (New-York med. Journ., 23 octobre 1897).
- Ziarko.** — Przegląd Ickarski n° 9, 1889.
- Zoppino (Laurent).** — Etude clinique sur l'absorption des corps gras par la muqueuse rectale, thèse de Genève, 1894.

